



BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Alulírott..... (név)..... szül.
idő tanúsítom, hogy engem Dr. kellő mértékben
felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul):

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul): annak kockázatairól:

.....
és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

.....
valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és
más szóbjövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és
várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam,
és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen
kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész
engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

* Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi
előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt
(gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti
ki):.....

* Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy
mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás
kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért
azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól
felmentem.

* A kezelésbe (műtétbe stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése
alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az
alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

.....



* Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletesen felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadás esetén – kézírásával megismételve leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

4. Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

b.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c.) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

Kelt:.....

.....
kezelőorvos aláírása

.....
a beteg v. törvényes képviselőjének aláírása

.....
lakcíme

Az EURÓPAI PARLAMENT ÉS A TANÁCS (EU) 2016/679 általános adatvédelmi rendeletéről – GDPR rendelet – szóló tájékoztatást megkaptam.

.....
beteg aláírása